LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Appendicite perforante primitive, par M. Sottas, 49. — **Maladies des voies urinaires :** Ce que peut durer une tuberculose génito-urinaire, par le Dr Henri Picard, 53. — **Bibliographie :** Traité des maladies de l'estomac, par MM. Debove et Rémond, 53. — Des déséquilibrés du ventre; l'entéroptose de Glénard, par le Dr A. Monteuuis, 54. — La pneumonie lobaire aiguë, par le Dr Maurice Boulay, 55. — **Académie de médecine :** *Séance du 24 janvier* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Modification à l'opération d'Œstlander, 55. — Election, 55. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du* 19 *janvier* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Scléroses systématiques dites primitives de la moelle, 56. — Parotidite chronique, 56. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du* 11 *janvier* 1894. — Présidence de M. Besnier. — Lymphadénome de la conjonctive, 56. — Ulcérations buccales tabétiques, 56. — Glossite exfoliatrice marginée, 57. — Dermatite herpétiforme végétante, 57. — Le prurigo simplex et sa série morbide, 57. — Trois points de l'histoire micrographique du trichophyton, 58. — Ulcère syphilitique datant de quatre ans, 58. — **Société de médecine de Paris :** *Séance du* 15 *janvier* 1894. — Installation du Bureau pour 1894. 58. — Du trauma dans l'insuffisance aortique, 59. — Election, 59. — **Société médicale du VIe arrondissement :** *Séance du* 26 *novembre* 1893. — Présidence de M. Depasse, 59. — **Société de chirurgie :** *Séance du* 24 *janvier* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Hernie crurale étranglée compliquée de sphacèle de l'intestin ; opérée par un procédé nouveau, 60. — Néphrolithotomie, 60. — Trépanation pour balle de revolver, 61. — Hystéropexie pour prolapsus utérin, 61. — Névrome du radial, 61. — Volumineux lymphadénome du cou guéri par les injections interstitielles de chlorure de zinc à 1/10, 61. — Résection du nerf maxillaire supérieur. — **Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle :** *Séance du* 24 *janvier* 1894. — Présidence de M. Pinard — Précautions prises pour le dessèchement du lac de Saint-Mandé, 61. — Du pansement antiseptique du mamelon chez les nourrices, 61. — Le blanchissage dans les hôpitaux, 62. — **Memento pratique :** Traitement des verrues, par le prof. Kaposi, 62. — Traitement du lupus érythémateux, 62. — **Nouvelles**, 62. — **Bulletin bibliographique**, 63.

CLINIQUE MÉDICALE

Appendicite perforante primitive (1).

Par M. Sottas.

Madame X..., 60 ans, a toujours joui d'une santé enviable et n'a jamais eu jusqu'ici de maladie grave. Mariée à 25 ans, elle a eu, dans les premières années de son mariage, cinq grossesses successives, qui ont évolué avec une régularité parfaite et furent suivies de couches normales ; à l'âge de 54 ans, elle traverse sans encombre la période critique de la ménopause et depuis lors n'a jamais éprouvé rien de fâcheux du côté des organes de la gestation. Depuis quelques années cependant, madame X .. a éprouvé quelques douleurs dans les articulations ; ce rhumatisme, qui a toujours conservé l'allure subaiguë, a marqué son passage par un gonflement modéré, mais persistant, des articulations phalangiennes des mains et, de temps à autre, se rappelait au souvenir de la malade par de petites recrudescences, qui ne l'ont d'ailleurs jamais retenue au lit.

Le seul organe qui ait donné à madame X... quelque souci est l'estomac et cela depuis longues années. Ses malaises n'étaient pas continuels, ils se manifestaient par crises et, après avoir duré un temps variable, disparaissaient pendant plusieurs mois et même plusieurs années.

Ils revêtaient une allure tout à fait spéciale et toujours la même. Ils débutaient par un vertige subit, bientôt suivi de vomissements alimentaires, puis d'une sensation de pesanteur dans la tête qui, le plus souvent, forçait la malade à se coucher et se prolongeait jusqu'au lendemain.

Il faut dire que madame X... faisait à peu près tout ce qu'il fallait pour entretenir ce mauvais état des voies digestives. Elle avait pris la viande en dégoût et n'avait d'appétit que pour les mets épicés, les concombres, les tomates et une foule d'autres aliments indigestes et irritants.

Si j'ajoute que madame X... a souffert autrefois de migraines, aujourd'hui disparues, et que son urine laissait déposer fréquemment des sédiments uriques, j'aurai achevé d'esquisser le tableau de ses antécédents morbides et et de sa constitution arthritique.

Au mois de mars dernier, madame X..., après une longue période d'accalmie, fut reprise de ses vertiges. Elle était alors en province et le médecin qu'elle consulta lui donna le conseil de retourner à Paris, d'aller consulter le professeur Bouchard qui, après un examen approndi, lui déclara qu'elle n'avait aucune lésion organique, qu'elle était atteinte de vertige stomacal et, indépendamment d'un régime approprié, lui conseilla l'usage de la strychnine qui ne tarda pas à améliorer son état.

Dans les premiers jours de septembre, madame X... dont les fonctions abdominales avaient toujonrs offert une extrême régularité et qui était habituée à une évacuation matinale unique, remarqua qu'elle avait, chaque matin, deux ou trois selles fluides ; mais elle n'éprouvait pas de douleurs et, comme sa santé ne paraissait pas atteinte, elle n'y attacha aucune importance.

Le dimanche 10 septembre, elle dîna le soir en fa-

(1) Communication à la Société médicale du VIIe arrondissement.

mille, passant la soirée très gaiement ; mais, le lendemain matin, elle ressentit de vives douleurs dans le ventre et fut obligée de garder le lit. Comme elle devait partir le jour suivant pour la campagne, elle ne me fit pas demander ce jour-là, espérant que tout serait peut être rentré dans l'ordre le lendemain et qu'elle pourrait partir.

Bien au contraire, la nuit fut atroce et je fus appelé le 12 au matin. Lorsque je vis la malade vers 10 heures, elle éprouvait de vives douleurs dans le ventre ; celui-ci était modérément distendu, très sensible à la pression, même la plus légère, la douleur était peu vive à l'hypogastre et le point maximum se trouvait à trois travers de doigt au-dessus du pli de l'aine du côté droit. Il est à noter qu'il n'y avait pas traces de douleurs dans le flanc droit, ni dans la région rénale, même sous une pression un peu énergique.

La langue était modérément saburrale, la soif vive, l'appétit nul ; bien qu'il n'y eut pas de vomissements, la malade éprouvait un sentiment d'embarras de l'estomac et des nausées avec éructation de gaz. Depuis quarante-huit heures, il n'y avait pas eu de selles, malgré plusieurs lavements simples pris la veille.

L'urine était rare et rouge, et, bien qu'il y eut de la fièvre, (80, 38°,4), la tête était absolument libre.

L'ensemble de ces symptômes me fit penser que j'avais très probablement affaire à une appendicite. Je conseillai une potion opiacée et belladonée, un grand lavement additionné de glycérine et une fomentation d'infusion chaude de camomille sur le ventre, me réservant d'agir plus énergiquement le lendemain, si mon diagnostic se confirmait.

Le 13 novembre. La nuit a été meilleure que la précédente : grâce à la potion, il y a eu un peu de sommeil, et ce matin, il y a eu un peu de soulagement des douleurs ; la température est à 37°,4, mais il n'y a pas eu d'évacuation, ni de matières fécales, ni de gaz.

L'état nauséeux persiste et il y a eu dans la matinée un vomissement verdâtre à la suite de l'ingestion d'une petite quantité de lait.

Le météorisme du ventre, bien que légèrement accru, n'est pas considérable, la douleur est toujours vive, surtout dans la fosse iliaque droite, où la réserve que m'impose la situation ne me permet de constater qu'une légère submatité et un certain degré de résistence.

Le visage, légèrement contracté par la souffrance, ne rappelle en rien le facies dit abdominal et la pâleur, habituelle chez la malade, n'a aucune valeur symptomatique. Mais la langue est sèche, la soif inextinguible et la malade réclame à boire à chaque instant, bien qu'elle accuse un sentiment de barre et de plénitude de l'estomac.

Le diagnostic n'était plus douteux et l'appendicite était manifeste. J'avisai les parent de la gravité de la situation, et je laissais entrevoir la nécessité d'une intervention chirurgicale prochaine, si les moyens médicaux, que j'allais employer, n'amenaient pas une détente rapide.

J'instituai aussitôt la médication qui m'a maintes fois réussi, en pareil cas, et qui consiste : à administrer le calomel à dose réfractée, alternant d'heure en heure avec la belladone donnée de même ; à faire ingérer de petites quantités de boisson glacée : vin de Champagne étendu d'eau gazeuse ; à recouvrir tout le ventre d'une couche de collodion élastique ; à maintenir en permanence sur le ventre, au niveau de la fosse iliaque droite, un sac de glace, tandis que le reste du ventre est protégé par une feuille d'ouate et de taffetas gommé ; enfin une recommandation importante, c'est de prescrire le repos horizontal absolu.

Beaucoup de malades supplient, en effet, qu'on les laisse se lever pour aller à la garde-robe et font des efforts qui les exposent à la rupture des adhérences intestinales et à la généralisation d'une péritonite presque toujours localisée au début. Je dois à ce propos signaler l'utilité du bassin anglais, qui a le double avantage d'être accepté sans répulsion par les malades et de réduire les mouvements au minimum du possible.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSN SEP 12 1895

Le 13 au soir, la situation n'a pas encore changé, le pouls est à 92 et la température à 39° ; pas encore d'évacuations.

Le 14. Les symptômes de petit étranglement qui existaient depuis le début ont enfin cédé. Il y a eu, dans la nuit, plusieurs évacuations, d'abord demi solides, puis tout à fait liquides, en même temps qu'une assez grande quantité de gaz était rejetée au dehors.

Aussi la malade éprouvait-elle un grand soulagement, le sentiment de réplétion abdominale avait disparu et la douleur, bien moins générale, n'était plus pénible que du côté droit.

Le pouls était à 84 et la température à 37° ; on continue d'administrer 2 ou 3 paquets de calomel qui restaient de la veille et la glace est continuée également.

Le soir, la température était à 38°2, le pouls à 80. Il y a encore eu dans la journée deux selles liquides. Lavement huileux et thé de bœuf.

Le 15. Sauf l'abaissement de la fièvre, 36°,2, pouls 76, et la diminution de la douleur, pas d'autre changement à signaler dans l'état de cette malade, la soif est toujours vive, la langue sèche ; il y a, en outre, un peu de dysphagie qu'explique un enduit abondant de muguet sur la voûte palatine et toute la gorge. 3 selles liquides verdâtres et odorantes, gargarisme d'eau de Vichy, vésicatoire boraté et cachets antiseptiques. (Benzo-naphtol, magnésie et charbon.)

Le 16. Le muguet a presque complètement disparu, les selles continuent assez fréquentes.

Le 17. La température est à 37°,4, la diarrhée devenant une cause de fatigue pour la malade et interrompant son sommeil la nuit, les cachets sont remplacés par des juleps gommeux, additionnés de 4 grammes de salicylate de bismuth avec 15 gouttes de laudanum ;

la glace est suspendue et remplacée par des cataplasmes froids.

Pendant les quatre jours suivants l'état de la malade reste à peu près stationnaire, la température se maintient entre 37°,2 et 37°.4, et le pouls aux environs de 70. Les forces ne se relèvent pas, la bouche est toujours mauvaise, aucun aliment ne tente la malade et c'est à grand peine qu'on peut lui faire absorber quelques cuillerées à café de glace de viande ou de gelée de fruits, quelques tasses de bouillon froid, ou de lait coupé d'eau de chaux ou d'eau de Vichy. Cependant elle accepte volontiers deux petits potages de viande de mouton, tamisée et crue, dont l'emploi, longtemps continué, a puissamment contribué à soutenir ses forces. Par contre le grog, le champagne, le sirop de cerise et même la macération de colombo sont acceptés avec plaisir.

Le ventre est revenu à son volume normal, la douleur persiste toutefois, au-dessous de l'arade de Falloppe où la pression permet de sentir un empâtement profond. Rien dans la fosse iliaque proprement dite, rien dans la partie postérieure du flanc droit, où on peut enfoncer les doigts sans provoquer la moindre souffrance.

La malade ne peut s'asseoir dans son lit; cette position, même incomplète, lui est très pénible et révèle une sensation de tension dans la région hypogastrique.

Malgré l'amélioration incontestable sur l'état des premiers jours, malgré l'abaissement persistant de la température, je trouvais que la persistance insolite de ces divers symptômes devait faire craindre quelque néoplasme préexistant, ou quelque suppuration profonde, *latet anguis in herbâ*: la suite l'a bien fait voir.

Le 22. Je fis agréer par la famille une proposition que j'avais déjà faite, d'appeler en consultation M. le professeur Bouchard, qui, ayant déjà vu la malade, pouvait être de plus utile secours.

Ce jour-là, le matin, la température s'était un peu élevée à 37°,8, l'état était sensiblement le même que le jour précédent, seulement la malade se plaignait de plus d'une odeur stercorale insupportable dans la bouche, odeur perceptible à distance pour les personnes qui s'approchaient et qui était pour elle un supplice horrible, que j'essayai d'atténuer par un gargarisme antiseptique et aromatisé.

M. Bouchard vint le 23, le treizième jour de la maladie.

M'étant rendu chez Mme X..., quelques instants avant lui, je fus informé d'un incident nouveau qui s'était produit vers la fin de la nuit; à plusieurs reprises la malade avait rejeté par les selles des matières fétides et d'odeur véritablement gangréneuse, dont la chambre, malgré la ventilation aussitôt opérée, et les pièces de la literie conservaient l'horrible parfum.

Je mis rapidement M. Bouchard au courant de ce qui s'était passé depuis le début et l'avisai, en outre, que, n'ayant pas jugé cet examen indispensable, je m'étais abstenu, par convenance, de pratiquer le toucher vaginal.

M. Bouchard, ayant comblé cette lacune, constata quelques indurations dans le cul-de-sac du côté droit et, sans nier l'existence des lésions intestinales, se demanda si elles n'étaient pas l'extension d'un néoplasme primitivement développé dans les annexes de l'utérus.

La désinfection intestinale fut reprise avec énergie par le naphtol, le salicylate de magnésie et le benzoate de bismuth, et aussi par les lavements au borate de soude répétés matin et soir. On continua sur le ventre les badigeonnages iodés, déjà employés depuis quelques jours et il fut convenu en outre qu'on appellerait auprès de la malade un chirurgien, qui donnerait son opinion sur l'état des annexes de l'utérus et se renseignerait, d'ores et déjà sur l'état actuel, pour le cas où une intervention plus active, aujourd'hui inutile, deviendrait ultérieurement nécessaire.

M. le Dr Segond vint voir madame X..., le surlendemain 25 septembre, se renseigna sur les antécédents, il examina la malade, pratiqua le toucher vaginal et ne retrouva plus les indurations constatées par M. Bouchard; l'utérus était mobile, indolore et complétement isolé de la masse empâtée qu'on percevait encore, plus haut, au-devant du cœcum. Le doigt, porté aussi haut que possible dans le rectum, n'y rencontra non plus rien d'anormal.

Le diagnostic demeure donc appendicite perforante, mais, en vue de la fréquence des affections néo-plasiques, à l'âge de la malade, le pronostic fut réservé, la marche de la maladie pourra seule plus tard indiquer la nature véritable du mal.

Toute intervention chirurgicale étant provisoirement écartée, les seules indications à remplir, pour le moment, étaient de soutenir les forces, d'insister sur l'antisepsie intestinale et de veiller avec soin à éviter la constipation

Ce traitement fut suivi pendant les quelques jours qui suivirent l'alimentation devenait de jour en jour plus facile, les douleurs de ventre s'atténuaient progressivement et les selles entièrement désinfectées contenaient toujours des matières floconneuses et purulentes; la température, prise religieusement matin et soir, oscillait entre 36 à 37°.

Quoique l'état fut satisfaisant, je priai M. Bouchard de revenir voir la malade comme cela avait été d'ailleurs convenu. Il vint le 27 septembre, constata l'amélioration survenue et maintint les réserves, déjà faites à la première visite, sur la nature intime des lésions, et auxquelles je ne pouvais que m'associer.

Le traitement antiseptique fut continué mais atténué. 3 cachets par jour au lieu de 8 et un seul lavement boraté par jour. Rien de particulier à signaler dans les jours qui suivirent, si ce n'est le rejet d'une quantité assez notable de pus enveloppant les matières expulsées dans la première selle le matin et l'absence de tous autres symptômes.

Le 5 et le 6 octobre, pas de pus dans les selles, en même temps quelques douleurs dans la miction, urine chargée de sel urique et de mucus. Eau.

Le 6 au soir, 37°,5. — Le 7, 37°,8. — Le 8, 38°,5. Pendant ces trois jours, le pus n'a pas reparu, le ventre est redevenu sensible ; le surlendemain matin une notable quantité de pus a été rejetée et la température est revenue à son niveau habituel, aux alentours de 37°, pour s'y maintenir désormais.

Cependant les jours suivants, les matières sont peu copieuses, bien que contenant toujours un peu de pus ; l'appétit avait de la peine à revenir : aussi, le 13 octobre, j'administre à la malade 15 grammes d'huile de ricin, qui provoquent une purgation abondante et le rejet de matières glaireuses légèrement striées de sang.

Pendant les trois jours qui suivirent la malade rejeta encore quelque peu de pus, de moins en moins, et depuis le 17 octobre, malgré l'observation quotidienne des déjections, on n'en retrouva plus de traces.

A partir de ce moment, l'appétit, qui était resté languissant, reprend de l'activité et les aliments ordinaires étant bien supportés, je supprime les potages à la viande crue.

La malade reprend de jour en jour ses forces ; la douleur de ventre ayant disparu complètement, elle put manger assise dans son lit, elle ne tarda pas à se lever quelques heures dans son fauteuil ; vers la fin du mois elle se promenait dans l'appartement encore bien faible sur ses jambes et sortit pour la première fois, en voiture, le 2 novembre.

Dans cette dernière quinzaine toutefois il y eût encore de temps à autre, des poussées d'irritation vésicale, avec sédiments uriques et dépôts muqueux, mais l'urine ne présenta jamais d'odeur septique, ni de traces de pus. Cette inflammation du voisinage céda enfin à l'emploi de l'eau de Contrexeville et de la tisane d'arénaria rubra, et a complètement disparu aujourd'hui.

Le 6 novembre, Madame X..., qui avait repris l'habitude d'une selle quotidienne, m'informa que, depuis trois jours, elle n'avait pas eu de garde-robe, malgré des lavements répétés.

Cette constipation ne lui donnant ni fièvre, ni souffrance, mais seulement une sensation de réplétion abdominale avec diminution de l'appétit, fut assez difficile à vaincre.

Comme avec les lavements purgatifs je n'avais obtenu que des résultats insuffisants, le 9 novembre, je purgeai la malade avec 20 grammes d'huile de ricin qui provoquèrent trois selles liquides abondantes et le nettoyage complet de l'intestin.

Pour éviter le retour de cet accident, il fut convenu que Madame X... prendrait pendant quelque temps, matin et soir, un verre d'eau de Châtel-Guyon.

Le 16. La malade est aujourd'hui complètement rétablie et j'ai tout lieu de croire sa guérison définitive.

Si toute hypothèse de cancer doit être aujourd'hui écartée, il n'y en a pas moins eu dans le ventre de graves désordres, un foyer gangrèneux, le sphacèle probable de l'appendice, mais ces lésions laisseront après elles une cicatrice solide, barrière infranchissable, qui s'opposera à toute infiltration ultérieure, et mettra la malade à l'abri des rechutes.

Le seul risque à courir c'est le trouble apporté au fonctionnement normal de l'intestin par ces adhérences, la constipation probable et la nécessité d'y obvier pour l'avenir.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres :

Il est rare, en effet, de voir l'appendicite revêtir du premier jet une aussi grande gravité ; ce n'est, le plus souvent, qu'après plusieurs crises, plus légères, terminées par une guérison apparente, que se manifestent les phénomènes graves qui mettent la vie en danger et nécessitent l'intervention du chirurgien.

Nous y trouvons depuis la confirmation de l'opinion émise par Talamon sur le peu de valeur des indications thermométriques dans l'appendicite : La fièvre assez vive 39°,2 le troisième jour, s'abaisse rapidement à 37° le lendemain, à 36°,2 le cinquième jour. Et, les jours suivants, pendant que la température se maintient, en moyenne, à 37°.4, il se fait dans la cavité péritonéale un foyer de suppuration gangréneuse qui se revèle le douzième jour, par l'évacuation de selles à odeur nécrosique, il est vrai, après une légère ascension de la courbe thermique.

Quant à l'évolution et au siège de la maladie, il paraît certain que l'appendice, irrité par quelques corps étranger ou quelque noyau fécal, et bientôt perforé, a déterminé dans son voisinage une péritonite localisée, avec suppuration gangréneuse limitée par les anses intestinales accolées.

L'absence d'empâtement dans la fosse iliaque proprement dite, de douleur dans la région du flanc droit, de gêne dans les mouvements de la cuisse sur le bassin, empêchent d'admettre que la collection ait existé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'évacuation du foyer septique, qui a eu lieu du 12 au 13, s'est faite par une perforation du cœcum : cela n'est pas douteux, et rien n'empêche d'admettre que cette ouverture libératrice ait été la conséquence de l'amputation spontanée de l'appendice sphacélé et de la perte de substance qui en est résultée.

Si les selles, au moment de cette débâcle, avaient été conservées, peut-être aurions-nous pû y retrouver des vestiges de l'appendice et être plus affirmatif.

Enfin, il est un dernier point sur lequel je veux dire quelques mots, c'est l'issue favorable de cette grave affection.

Je ne veux certes pas m'en prévaloir contre la doctrine de l'intervention chirurgicale hâtive qui a été établie sur des faits nombreux de suppuration précoce et a été préconisée précédemment pour éviter le développement d'accidents aussi graves que ceux qu'à traversés le sujet de cette observation.

Je crois, cependant, que de nombreux cas d'appendicite peuvent guérir sans intervention chirurgicale, et que le traitement médical, résolument appliqué dès le début, peut limiter et même enrayer les accidents.

J'ai soigné, pour ma part, plusieurs cas de périty-phlites, pour employer le terme autrefois en usage, qui ont guéri médicalement ; mais l'observation précédente fait bien voir qu'il faut veiller attentivement et se tenir toujours prêt à intervenir.

Il est bien certain, en effet, que le treizième jour, lorsque M. Bouchard est venu voir la malade, si l'ouverture spontanée ne s'était pas déjà produite, il eût fallu opérer sans retard.

Nous ne nions donc pas que, dans l'espèce, cette évacuation n'ait été exceptionnellement heureuse et ne soit survenue fort à propos pour la malade et pour la médecine et que ce soit le cas où jamais se dire « Tout est bien qui finit bien. »

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Ce que peut durer une tuberculose génito-urinaire,

Par le Dr Henri Picard.

Un ecclésiastique, âgé actuellement de 54 ans et curé dans une commune du centre, vit, en 1866, étant encore au séminaire, apparaître subitement une grosseur sur son testicule gauche. Celle-ci s'ouvrit quelques jours après, donnant issue à un liquide légèrement louche et visqueux. L'ouverture, du reste, ne tarda pas à se cicatriser sans que le malade ait été un instant arrêté.

Jusque vers 1875 il ne ressentit rien. Mais à cette époque, les besoins d'uriner commencèrent à devenir fréquents et pressants, surtout la nuit. Les urines contenaient des viscosités semblables à des crachats et, quelquefois, un peu de sang.

En 1877, quand je le vois pour la première fois, son testicule gauche présente une induration légère au point abcédé et la peau du scrotum adhère au testicule lui-même en formant un infundibulum peu profond.

La prostate est farcie de chaque côté de noyaux indurés; les vésicules séminales sont nettement perçues. La vessie, très petite, émet une urine pâle, trouble et laissant un dépôt grisâtre et légèrement visqueux. Les poumons semblent sains.

Aucun traitement local n'est appliqué. Je me contente de l'huile de morue et du séjour dans le Midi. Malheureusement le climat de Cannes n'a fait qu'augmenter le nombre des envies d'uriner.

Depuis cette époque, 1879, le même état persiste. Les poumons paraissent toujours intacts, il n'y a jamais eu, d'ailleurs, de crachements de sang. Mais les mictions sont toujours extrêmement fréquentes et jamais au-dessous de 12 à 15 la nuit.

Malgré cela, non seulement le malade se soutient, mais il ne maigrit pas et, en dépit de ses souffrances, peut vaquer aux soins de son ministère.

En somme tuberculose génitale depuis vingt-sept ans ; tuberculose urinaire grave depuis dix-sept ans et cela, sans qu'on puisse prévoir que le malade y succombe d'ici longtemps, malgré l'absence de traitement local.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de l'estomac, par MM. Debove et Rémond (de Metz). — In-8, Paris, 1893, Rueff et Cie, éditeurs.

Depuis quelques années, grâce surtout à l'emploi de la sonde gastrique, l'étude de la physiologie et de la pathologie de l'estomac est entrée dans une phase nouvelle qui a déjà donné lieu aux recherches les plus multipliées et à un grand nombre de travaux. Faire l'inventaire de ces recherches, faire l'analyse et la critique de ces travaux serait déjà de la plus grande utilité pour le médecin et pour l'étudiant, mais les auteurs de ce nouveau traité des maladies de l'estomac font mieux, ils nous font aussi profiter de leurs recherches et de leurs travaux personnels, et nous développent leurs idées avec une compétence et une autorité incontestables.

Un traité des maladies de l'estomac devait forcément être précédé d'une étude préliminaire d'anatomie et de physiologie ; la connaissance des idées nouvelles sur ce sujet était indispensable pour l'étude des phénomènes pathologiques. Les phénomènes chimiques de la digestion normale nous livrent chaque jour quelque secret nouveau; leur étude doit nous fournir les points de repère pour l'étude des phénomènes pathologiques. Un chapitre d'anatomie et de physiologie était donc nécessaire, les auteurs l'ont pensé comme nous; ils ont fort bien fait de l'écrire.

Non moins utile, à notre avis, était une étude d'ensemble, une étude de séméiologie des maladies de l'estomac. L'interrogatoire du malade joue un rôle considérable dans la précision ultérieure du diagnostic, les commémoratifs ont une importance de premier ordre, ils sont étudiés dans le chapitre I de la deuxième partie. L'exploration de l'estomac fait l'objet du chapitre II; dans ce chapitre se trouvent réunis, l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, le sondage (c'est le 1er paragraphe), les troubles de la fonction motrice, les troubles des fonctions de sécrétion, l'examen microscopique, les troubles de la fonction d'absorption (c'est le 2e paragraphe) ; c'est, en un mot, l'exploration physico-chimique de l'estomac et du processus de digestion stomacale.

La 3e partie de l'ouvrage est consacrée aux maladies de l'estomac : dyspepsies, gastrites aiguës et chroniques, ulcère simple, tumeurs gastriques et cancer de l'estomac, dilatation de l'estomac. Ici, comme pour les deux

premières parties il ne s'agit pas seulement d'une œuvre de compilation faite avec plus ou moins d'érudition, mais les auteurs ont des idées originales et nous les font connaître. C'est ainsi, par exemple, qu'ils considèrent la dyspepsie « comme un syndrome constitué surtout par l'élément douleur qui coexiste tantôt avec un fonctionnement normal de l'estomac, tantôt avec les modifications les plus diverses de ses fonctions motrices ou chimiques ; la dyspepsie placée sous la dépendance d'une altération, primitive ou secondaire, du système nerveux, est caractérisée par l'absence de lésion gastrique quoiqu'elle puisse à la longue amener une altération organique de l'estomac ». Trouble nerveux, sans lésion matérielle de l'estomac, mais nécessairement douloureux, telle est pour eux la dyspepsie. Cette définition est certes très séduisante, mais serait-elle acceptée par tout le monde ?

Le traitement chirurgical des maladies de l'estomac constitue un appendice des plus intéressants.

En somme, il s'agit d'un ouvrage tout à fait au courant de la science, où l'érudition se joint aux recherches et aux idées originales, et qui sera certainement lu avec fruit non seulement par le praticien qui a besoin de se tenir au courant, mais encore par l'étudiant qui a besoin d'apprendre. Dr Deschamps.

Les déséquilibrés du ventre ; l'entéroptose de Glénard, par A. Monteuuis (de Dunkerque). J.-B. Baillière et fils, Paris, édit.

On est d'abord surpris, étonné, puis saisi ensuite d'un désir de savoir, de deviner. On lit le titre, on le relit et on se demande à quoi vous ont servi toutes les lectures antérieures, toutes les études que l'on a pu faire, même littéraires : on est en somme très malheureux et cela d'autant plus que, l'amour-propre aidant, on ne veut pas ouvrir le livre pour s'éclairer, on n'en veut pas avoir le démenti, on veut se donner à soi-même la preuve que l'on peut comprendre le titre d'un ouvrage. *Les déséquilibrés du ventre!!* Qu'est-ce que cela. Seraient-ce les ventripotents, les gens à abdomen proéminent et qui perdent leur *équilibre*, par suite de ce poids excessif et entraînant. Mais on songe un instant et l'on se rappelle que la courbure lombaire est là pour compenser la tendance de l'abdomen à tomber en avant. *Les déséquilibrés du ventre!!* Serait-ce au point de vue fonctionnel. De même que les gens à idées bizarres, les femmes à caprices fantasques, à imagination irrégulière, sont des déséquilibrées du cerveau ; de même est-il possible que l'on soit un *déséquilibré du ventre*, lorsque l'on a, sans raison plausible, de la diarrhée profuse et momentanée ou une constipation en dehors de toutes les lois médicales; lorsque les purgatifs vous constipent et les astringents vous relâchent ; serait-ce que, les gaz se mettant de la partie, on laisse échapper intempestivement quelques flatulences bruyantes, serait-ce..., mais je m'arrête, sans vouloir m'étendre longtemps sur cette interprétation évidemment erronée du titre bizarre. *Les déséquilibrés du ventre!* Mais au fait, seraient-ce ces danseuses qui savent si voluptueusement le faire rouler de droite à gauche et de gauche à droite, qui savent si amoureusement le projeter en avant ou si hypocritement le ramener en arrière qui le mobilisent isolément et le font tressauter si joyeusement en des secousses convulsives et hoquetantes sans que rien ne bouge, sinon le bassin et ce qu'il recèle ; la déséquilibration du ventre serait-elle synonyme médical et euphémique de danse du ventre !

Evidemment non,ce n'est pas encore cela,les ventres peuvent danser sans perdre l'équilibre.

Mais alors qu'a voulu désigner l'auteur par ce titre étrange et mystérieux !

En sous-titre nous lisons : L'entéroptose ou maladie de Glénard. Oh ! cela, nous connaissons ; mais quel rapport entre entéroptose et déséquilibration ? — Décidément on donne sa langue... au premier félin venu et on ouvre le livre. C'est à la page 10 que l'on trouve une explication (?) de cette appellation. Les divers organes contenus dans l'abdomen sont reliés et soutenus (?) par le péritoine. Que ce péritoine se relâche, s'affaiblisse et les organes flottent à la dérive, et s'abaissant sous l'influence de la pesanteur, constituent le prolapsus, la ptose ; tous les organes peuvent être ptosés ensemble ou séparément ; d'où l'équilibre qui existe à l'état normal entre les organes abdominaux est rompu, donc on peut appeler les malades atteints de ptose, des *déséquilibrés du ventre*. Et après avoir lu cette explication on s'aperçoit qu'on avait besoin de la lire, car on ne l'aurait jamais trouvée sans cela.

L'entéroptose ou plutôt à proprement parler la splanchnoptose est la ptose par excellence pour amener le bouleversement le plus chaotique dans les situations des différents organes de l'abdomen, l'anarchie la plus révolutionnaire dans la physiologie gastro-intestinale et dans celle de tous les organes qui joue un rôle accessoire ou fondamental dans l'un des actes de la digestion. C'est la déséquilibration dans toute sa pureté.

L'évolution de l'entéroptose comprend trois périodes : la période gastrique qui était classée parmi les dyspepsies ou les maladies d'estomac ou déjà le nervosisme (forme dyspeptique, ectasique); la période mésogastrique que l'on considérait comme une névropathie ou un lithiase biliaire (forme asthénique, névropathique) ; enfin la période neurasthénique qui défiait tout diagnostic.

A ces différentes périodes correspond un traitement approprié. M. Monteuuis consacre les trois quarts de son ouvrage à ce traitement qu'il range sous trois chefs principaux, la ceinture (sangle pelvienne, ceinture anti-entéroptosique, etc.), le régime (suivant les climats, les individus, etc.), les laxatifs (salins, laxatifs en général, etc.). Ce n'est qu'après l'étude complète de ces trois grands principes de traitement qu'il donne quelques indications nécessaires.

Le livre se termine par les observations et l'étude des

différentes formes d'entéroptose au point de vue thérapeutique.

En résumé le livre est consacré exclusivement à l'entéroptose et n'envisage nullement la question en général, l'étude des *prolapsus*, *de tous les prolapsus abdominaux* (néphroptose, hépatoptose, etc.), que l'on aurait pu s'attendre à y trouver. C'est une bonne étude, un exposé très complet de la maladie de Glénard, mais que le titre dissimule malheureusement.

F. Verchère.

La pneumonie lobaire aiguë, par le Dr Maurice Boulay, ancien interne des hôpitaux, 2 vol. — Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

On pourrait dire que l'étude de la pneumonie n'a jamais cessé d'être actuelle. Le médecin est appelé à observer journellement cette maladie, à en étudier les modalités cliniques, les complications, tandis que dans ces dernières années l'histoire de la pneumonie est enrichie des notions étiologiques nouvelles qu'elles a reçues de la bactériologie et qui ont apporté de nouvelles lumières dans l'interprétation des symptômes. Il manquait cependant un travail réunissant toutes les notions éparses en un tout coordonné. La monographie très complète du Dr M. Boulay vient heureusement combler cette lacune. C'est par l'étude du pneumocoque que débute le volume. L'idée, en effet, qui a guidé M. Boulay dans son exposé de la pneumonie est que celle-ci doit être considérée comme la manifestation la plus commune de l'infection par les pneumocoques. L'affection qui se localise le plus souvent sur ce poumon peut rester locale ou bien le microbe, par l'intermédiaire du sang, peut infecter toute l'économie et se localiser sur d'autres organes qui réagissent à leur tour. L'infection pneumococcique peut d'ailleurs, quoique très rarement, se localiser sur un autre organe que sur ce poumon qui à son tour risque d'être atteint secondairement à l'infection générale. En résumé, M. Boulay envisage la pneumonie non plus comme une maladie à proprement parler, mais comme un syndrome faisant partie de la maladie pneumococcique. Il en résulte que le chapitre sur les localisations extra-pulmonaires est un des plus intéressants de l'ouvrage et a été soigneusement distingué des complications proprement dites. Nous signalerons encore un chapitre très important sur ces variétés de la pneumonie suivant les conditions physiologiques et pathologiques. Enfin M. Boulay a donné à la thérapeutique une extension considérable qui contribuera à faire apprécier son excellente monographie. L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1894. — Présidence de M. J. Rochard

Modification à l'opération d'Œstlander. — M. Delorme L'opération d'OEstlander, bonne dans un grand nombre de fistules d'origine pleurale, est généralement insuffisante lorsque la cavité est très profonde et lorsque, la fistule étant ancienne, il s'est formé à la surface de la plèvre — principalement de la plèvre viscérale — une fausse membrane épaisse, résistante, qui emprisonne le poumon et l'empêche de reprendre ses dimensions primitives.

Pour obtenir un effet maximum de l'OEstlander, voici l'opération que j'ai pratiquée sur un malade dont je donne l'observation.

Il s'agit d'un homme jeune encore, chez lequel une pleurésie purulente avait nécessité l'opération de l'empyème, quatre mois avant son entrée à l'hôpital. L'empyème, en donnant issue à 600 grammes de pus, avait amené une amélioration momentanée du malade, mais par la suite la plaie était restée fistuleuse et la cavité à laquelle elle aboutissait avait des dimensions très considérables. Cette cavité, d'ailleurs, ne diminuait nullement avec le temps, elle se vidait mal et l'état général s'aggravait de jour en jour.

Je fis alors, suivant la méthode classique, un lambeau très étendu, de forme quadrangulaire, à base postéro-interne, et comprenant dans son épaisseur la peau, les muscles, les côtes et les espaces interosseux correspondants ; je rabattis ce lambeau en dehors, et j'eus sous les yeux la cavité pathologique dont la surface, couverte de granulations, était constituée par une fausse membrane épaisse, recouvrant poumon et péricarde, sans qu'il fût possible de distinguer ces organes les uns des autres.

Avec le bistouri et les ciseaux d'abord, la sonde cannelée et le doigt ensuite, la fausse membrane fut détachée des tissus sous-jacents de façon à libérer poumon et péricarde. Or, contrairement à ce que l'on avait pu supposer, le poumon ainsi libéré paraissait encore sain.

A peine avais-je détaché la fausse membrane dans une étendue large comme la paume de la main, que le parenchyme pulmonaire vint faire saillie entre les lèvres de la solution de continuité et cette saillie augmenta de volume au fur et à mesure des progrès de la décortication. Le parenchyme ainsi libéré occupa bientôt la totalité de la cavité pathologique, et il fallut le repousser vers la colonne vertébrale pour achever l'ablation de la fausse membrane. Ajoutons que ce poumon, non seulement avait repris le volume qu'il a à l'état normal, mais son fonctionnement parut régulier. Il augmentait et diminuait de volume avec les mouvements respiratoires, et était fortement propulsé au dehors lorsque le malade faisait des efforts de toux.

La décortication terminée, le volet fut rabattu, suturé, et le malade fut reporté dans son lit.

Il n'y a que quatre jours que l'opération est faite ; on ne peut donc pas se prononcer sur le résultat définitif, mais on peut dire que le malade est déjà à l'abri des suites opératoires, et qu'il en guérira sûrement sans encombre.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de pathologie médicale. Sur 75 votants, majorité 38, M. Landouzy est élu par 66 voix contre 3 données à M. Rendu, 2 à M. Fernet, 1 à M. Troisier et 3 bulletins blancs.

A 4 heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 janvier 1893. — Présidence de M. Ferrand.

Scléroses systématiques dites primitives de la moelle. — M. Babinski. Je désire relever quelques propositions que M. Marie a énoncées dans sa dernière communication sur l'origine poliomyélitique des scléroses dites primitives de la moelle. Ces propositions ne me paraissent être que des hypothèses.

M. Marie soutient que les lésions des cordons postérieurs dans le tabes ne naissent pas dans la moelle, mais y sont apportées du dehors par suite de la dégénération des racines postérieurs. On peut objecter à cette affirmation que, dans certains cas (faits de Redlich), les lésions des cordons postérieurs sont plus prononcées que celles des racines postérieures. Il n'est pas encore tout à fait démontré que les lésions des cordons postérieurs portent exclusivement sur les fibres d'origine exogène.

Enfin, il n'est pas prouvé non plus que la sclérose tabétique soit identique à celle qui succède à la dégénération secondaire; il ne faut pas oublier que la méningite spinale qu'on observe parfois dans le tabes n'a pas été signalée dans la sclérose secondaire ascendante.

M. Marie affirme que les fibres blanches nerveuses ne s'altèrent jamais primitivement, que leur dégénérescence est toujours secondaire.

En théorie cette idée n'a rien de subversif. J'ai moi-même fait remarquer autrefois qu'une lésion dynamique des ganglions spinaux pouvait expliquer à la fois, jusqu'à un certain point, les altérations des cordons postérieurs et les névrites sensitives, dites périphériques, dans les tabes.

M. Marie soutient, enfin, que dans les scléroses combinées les altérations des cordons sont sous la dépendance de modifications de leurs centres trophiques. Mais ce ne sont là que des hypothèses, car dans bien des cas de scléroses systématiques dites primitives, les centres cellulaires d'où proviennent les fibres altérées ne présentent aucune altération appréciable.

M. Marie. M. Babinski vient de dire que j'avais simplement émis des hypothèses; c'est exact, mais j'ai cherché à fonder ces hypothèses sur quelques faits bien établis, entre autres sur les lésions de la moelle dans la pellagre. Et d'ailleurs, si on supprimait de la médecine les hypothèses, il ne resterait que bien peu de chose, hormis dans les sciences nouvelles comme la bactériologie. Il est donc permis de faire des hypothèses quand on a un substratum pour les appuyer.

D'ailleurs, si je soutiens que le processus morbide dans le tabes incipiens est de nature exogène, j'admets fort bien que, dans le cas de tabes plus avancé, au processus exogène s'ajoute un processus endogène grâce auquel les faisceaux du cordon postérieur, qui ne dégénéreraient pas par le seul processus exogène, s'altèrent également.

Peut-être aussi, pour expliquer les scléroses presque totales qui s'observent dans certains cas de tabes, faut-il admettre que les altérations vasculaires et interstitielles intra médullaires dues à la dégénération endo-exogène des fibres du cordon postérieur peuvent amener à elles seules la disparition des fibres persistantes jusqu'alors.

Parotidite chronique. — M. A. Renault présente une femme de 41 ans, entrée à l'hôpital Broca en décembre dernier. Elle fut prise d'une angine il y a quatre ans, à la suite de laquelle elle rendit du pus. Quelque temps après, elle fut soumise au traitement antisyphilitique et depuis cette époque les parotides sont restées douloureuses et tuméfiées. Aujourd'hui les glandes parotides sont hypertrophiées, sensibles à la pression, il n'existe pas de lésion buccale, les canaux de Sténon sont perméables; parfois elle rend de la salive en grande quantité, une faible pression sur les glandes fait sourdre la salive.

M. Renault pense qu'il s'agit d'un cas de parotidite chronique, affection encore peu décrite.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 janvier 1894. — Présidence de M. Besnier.

Lymphadénome de la conjonctive. — M. Du Castel présente un malade qui est entré à l'hôpital en septembre 1893 pour une petite tumeur située au niveau de la conjonctive oculaire de l'œil gauche; cette tumeur avait le volume de deux grains de chènevis. En six semaines elle s'accrut au point d'occuper toute la largeur de la paupière inférieure derrière laquelle elle est placée. Ce malade a en même temps une hypertrophie splénique; les ganglions sous-maxillaires forment de chaque côté une masse volumineuse; il y a de la leucocythémie. La tumeur est bilobée, indolente, transparente.

M. Galezowski trouve que la conjonctive est normale et pense que la tumeur est située dans le tissu sous-conjonctival.

Ulcérations buccales tabétiques. — M. Louis Wickham décrit une ulcération buccale spéciale dans le cours du tabès. Ces ulcérations non décrites jusqu'à ce jour présentent des caractères de netteté tels qu'à première vue on peut poser le diagnostic de tabès. Voici l'énumération des principaux signes différentiels : 1° *siège alvéolo-dentaire*. L'ulcération siège en totalité ou en partie au niveau des alvéoles. Elle y touche toujours par quelques points puis s'étend plus ou moins loin vers les muqueuses voisines; 2° *aspect atone*; 3° *indolence et anesthésie*; 4° *l'exploration au stylet* découvre fréquemment quelqu'orifice par lequel on atteint une surface osseuse dénudée; 5° *évolution chronique et rapide*; 6° *absence de dents*. Celles-ci manquent en totalité ou en partie. Elles sont tombées sans déterminer de douleurs; 7° *déformations des maxillaires*; 8° *signes tirés des commémoratifs*. L'enquête fera comprendre la raison de ces déformations, etc. Elle révèlera l'existence et l'évolution antérieure d'abcès, de nécrose des maxillaires, d'élimination de sequestre, etc. Elle apprendra que la chute des dents a précédé le début de l'ulcération et que toutes ces lésions ont évolué en silence sans le moindre fracas.

Ces caractères permettent d'éliminer la tuberculose, la syphilis, la nécrose phosphorée, les stomatites mercurielles intenses.

La nature même des lésions est incertaine. Il s'agirait soit de lésions d'ordre trophique sous la dépendance directe du tabès, soit de lésions aggravées de « périostite alvéolo-dentaire » affections *sur generis* qui trouverait dans le tabès un terrain de développement favorable. Quoi qu'il en soit, que le tabès soit cause *déterminante* ou occasion-

nelle, il est établi par ce qui précède que certaines ulcérations buccales devront toujours faire penser au tabès.

M. Fournier. Le malade a en plus trois maux perforants : un sous un gros orteil, un sous chaque voûte plantaire.

Trois caractères important distinguent ces ulcérations : caractère atonique, caractère de permanence, aire de blancheur de la périphérie.

Glossite exfoliatrice marginée. — M. Gastou présente deux jeunes malades atteints de cette variété de glossite desquamative à laquelle M. le Dr Fournier et son élève Lemonnier ont donné le nom de glossite exfoliatrice marginée.

L'observation de ces deux malades est intéressante par ce fait qu'ils ont tous deux des antécédents syphilitiques héréditaires certains.

Le premier est né de père et mère syphilitiques. La seconde a pour mère une hérédo-syphilitique probablement de souche maternelle ; cette hérédo-syphilis de la mère se caractérise non seulement par des altérations oculaires, auditives et des malformations dentaires, mais encore par une polymortalité infantile exceptionnelle dans la syphilis héréditaire.

Les deux enfants ont des malformations dentaires plus accentuées chez le garçon.

En dehors de l'intérêt clinique de ces deux cas il est à noter qu'on n'a pas trouvé d'autre cause prédisposante que la syphilis héréditaire, d'autre cause occasionnelle que les malformations dentaires.

M. Gastou sans préjuger la nature de la maladie la rapprocherait du groupe des affections para-syphilitiques de M. le Dr Fournier.

Elle a en effet, dans un grand nombre de cas, l'origine syphilitique et en second lieu elle n'est pas modifiée par le traitement spécifique de la vérole.

M. Besnier croit qu'il serait dangereux de désigner cette glossite par le nom de parasyphilitique et la rangerait plus volontiers dans la grande classe des eczémas.

Dermatite herpétiforme végétante. — MM. H. Hallopeau et L. Brodier présentent un malade atteint de dermatite herpétiforme végétante. Ils tirent de son histoire les conclusions suivantes :

1° La plupart des éruptions bulleuses peuvent amener le développement de saillies végétantes ;

2° Le processus auquel est due la production de la bulle amène plus souvent que l'inflammation vésiculeuse la prolifération du corps papillaire ;

3° Dans la dermatite herpétiforme, les saillies végétantes peuvent être généralisées ; elles prédominent dans le voisinage des plis articulaires ;

4° Elles n'ont qu'une durée passagère et disparaissent au bout de quelques semaines sans laisser d'autres traces que des macules ;

5° Les bulbes qui leur donnent naissance se produisent par poussées généralisées et non par auto-inoculation ; le traitement local est sans action sur elles et ne peut en aucune mesure en enrayer la propagation ; elles diffèrent ainsi essentiellement des vésiculo-pustules par lesquelles progresse la maladie décrite par l'un des auteurs sous le nom de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique ;

6° Il faut compter parmi les manifestations prodromiques des poussées de dermatite herpétiforme la céphalalgie, la dyspnée, la diarrhée, l'hyperesthésie, les douleurs dans les membres et les secousses convulsives ;

7° Il est probable que ces symptômes sont dûs à l'altération du sang par les toxines qui vont ultérieurement irriter le tégument externe et sans doute s'éliminer par sa surface ;

8° Malgré les poussées incessamment renouvelées sur toute la surface du corps avec hyperthermie initiale, l'état général peut rester relativement satisfaisant.

Le prurigo simplex et sa série morbide. — M. E. Brocq étudie avec des observations à l'appui la dermatose à laquelle E. Vidal a donné le nom de lichen simplex aigu. Le mode de début de l'affection est d'ordinaire assez subit ; l'état général est presque toujours bon. Parfois l'éruption semble commencer par des éléments d'urticaire, ou tout au moins les papules caractéristiques semblent se former sur une base urticarienne. Les premières régions atteintes sont d'ordinaire les membres supérieurs, et en particulier la face externe des avant-bras autour des coudes, plus rarement le cou, les membres inférieurs ; parfois la dermatose semble envahir simultanément les divers lieux d'élection qui sont la face externe des membres, les genoux et les coudes, la face dorsale des mains et des doigts, puis le cou, les fesses, les régions antérieures et postérieures du tronc, la face dorsale du pied, enfin le visage.

La lésion élémentaire caractéristique est une petite papule rosée ou d'un rouge plus ou moins vif ayant les dimensions moyennes d'une grosse tête d'épingle, souvent surmontée d'un soupçon de vésicule, rarement d'une vésicule nettement formée. A mesure qu'elle évolue, elle se recouvre à son centre d'une sorte de croûtelle adhérente provenant de l'évolution et de la dessiccation de la papulo-vésicule. Çà et là se voient des éléments excoriés avec croûtelle noirâtre centrale consécutive au grattage. Les papules aboutissent à la révolution complète au bout de huit à dix jours ; elles disparaissent sans laisser la moindre trace de leur existence, ou bien en laissant des pigmentations plus ou moins passagères, parfois des cicatricules blanchâtres superficielles.

Les éléments éruptifs sont toujours disséminés, distincts les uns des autres ; ils ne donnent jamais lieu ni à de l'eczématisation ni à de la lichénification vraie.

L'affection est éminemment prurigineuse ; le plus souvent il se produit des exacerbations paroxystiques le soir et pendant la nuit.

Elle évolue par poussées successives, peu à peu ces poussées deviennent moins intenses et finissent par cesser ; il y a parfois des périodes passagères d'alcamies, puis des récrudescences.

La durée totale de la maladie varie de deux semaines à deux mois environ. Les récidives semblent être assez fréquentes : elles se reproduisent dans quelques cas d'une manière assez régulière à certaines saisons, surtout pendant l'été quand ceux et qui y sont prédisposés sont soumis à l'influence de hautes températures.

Cette affection s'observe chez l'adule et chez l'enfant en bas âge : chez l'adulte on l'étiquète urticaire, prurigo atypique, eczéma papuleux disséminé, érythème papuleux, summer prurigo, etc... ; chez l'enfant on l'appelle strophulus avec diverses épithètes et urticaire infantile.

Nous ne croyons pas pouvoir lui laisser le nom de lichen simplex aigu : 1° parce que la grande majorité des derma-

tologistes veut réserver le nom de lichen au seul lichen et à ses variétés ; 2° parce qu'il n'y a pas de lien étroit à établir entre ce lichen simplex aigu d'E. Vidal et le lichen simplex chronique du même auteur ; il en résulte que les formes chroniques répondant au type lichen simplex aigu ne sont nullement le lichen simplex chronique. Or, comme la dermatose que nous étudions a de réelles affinités avec le prurigo de Hebra, grâce à sa lésion élémentaire, nous lui donnons le nom de *prurigo simplex acutus*, indiquant par là son caractère distinctif d'avec le prurigo de Hebra, c'est-à dire l'absence constante de lichénification vraie et d'eczématisation.

Prenant le prurigo simplex acutus pour point de départ, nous trouvons, en analysant les faits cliniques, toute une série de faits de passage s'étendant entre ce prurigo simplex acutus et des types dont les allures rebelles chroniques récidivantes rappellent la physionomie du prurigo vrai de Hebra, tout en en différant toujours par l'absence d'eczématisation et de lichénification vraie. Dans cette série nous devons distinguer : des faits à allures prolongées durant plusieurs mois, dignes du nom de *prurigo simplex subacutus* ; des faits à allures vraiment chroniques et rebelles dignes du nom de *prurigo simplex chronicus recidivus*. Parmi ces derniers, il y en a qui, dans leur ensemble, présentent la physionomie générale des cas typiques ; il y en d'autres qui en diffèrent par leurs localisations un peu insolites, par leur recrudescence en hiver : ce sont des faits dignes du nom de *prurigo simplex chronicus à forme atypique*.

Trois points de l'histoire micrographique du trichophyton. — M. R. Sabouraud. En étudiant la bibliographie du trichophyton, je me suis aperçu que la différenciation microscopique des trois types trichophytiques, différenciation dont j'ai entretenu la Société de dermatologie à diverses reprises, avait été faite, il y a cinquante ans déjà.

Je dois, avant tout autre, rendre justice au premier observateur qui a droit à sa découverte. Ses travaux sont partout cités et ne sont jamais lus. C'est mon excuse d'avoir ignoré leur texte jusqu'à ce jour.

I. — En 1842, M. Gruby a décrit dans un mémoire à l'Académie des sciences le parasite des trichophyties pilaires de la barbe, celui que nous savons maintenant avoir une origine animale. Et il a donné très précisément les caractères que je lui ai attribués, à savoir sa localisation entre le poil et sa gaine folliculaire : « l'examen microscopique du poil démontre que toute sa partie dermatique est entourée de cryptogames formant une couche végétale entre la gaine et le poil lui-même, de telle sorte que le poil est enfoncé dans une gaine exclusivement formée de cryptogames, comme un doigt dans un gant. »

II. — Le second mémoire de M. Gruby (1843) a pour titre « Recherches sur la nature du *porrigo decalvans* », c'est la description du parasite que j'ai appelé *trichophyton microsporon* et qu'il faut appeler désormais : trichophyton *microsporon Audouïni*. Ses caractères spéciaux : *la petitesse de ses spores, leur juxtaposition sans ordre apparent, la gaine régulière* qu'elles constituent autour de la *partie aérienne* du cheveu malade, la progression du parasite *de haut en bas*, y sont décrits avec une admirable précision, à ce point que ce texte a corrigé plusieurs erreurs que j'avais faites dans la description de ce parasite.

Malheureusement, ce mémoire fait par un micrographe qui n'était pas dermatologiste portait le nom de *porrigo decalvans* réservé jusque-là à la *pelade*. Et c'est ce mémoire dont on répète depuis cinquante ans qu'il décrit *dans la pelade* un parasite cryptogamique introuvable depuis lors.

III. — Le troisième mémoire de M. Gruby (1844) décrit le parasite que j'ai nommé *trichophyton megalosporon*. Il décrit ses spores *grosses « articulées en chapelet »*, contenues *dans l'intérieur du poil*, ayant une *direction ascendante*, l'inverse du microsporon Audouïni, etc...

Et ce dernier mémoire résume, en quelques lignes très brèves, mais admirablement précises, les caractères des trois parasites tricophytiques que la culture nous a permis de différencier ces années dernières.

La séparation des trois trichophytons :

Trichophyton megalosporon ectothrix (d'origine animale) ;
— — *endothrix* (d'origine humaine) ;
— *microsporon Audouïni* (tondantes rebelles de l'enfant), doit donc être reportée à son premier auteur.

La vérification que j'en ai apportée sans le savoir, l'identité des résultats obtenus par ce premier observateur et par moi, semblent consacrer définitivement cette séparation de la tricophytie en trois entités morbides distinctes.

Ulcère syphilitique datant de quatre ans. — M. Delobel (de Noyon) communique l'observation d'une malade âgée de 52 ans et atteinte d'un ulcère étendu de l'avant-bras, dont le début remontait à cinq années La syphilis datait de quinze ans. La guérison fut obtenue en trois semaines par l'emploi de l'iodure de potassium, malgré l'étylisme très accusé de la malade. Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 janvier.

Installation du Bureau pour 1894. — M. le président J. Christian remercie la Société du grand honneur qu'elle lui a fait en lui confiant la direction des séances pour l'année 1893.

M. Ed. Wickham, secrétaire général, lit le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1893. (*Sera publié.*) — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance imprimée : revues et journaux habituels ; de plus : *Revue de la Franche-Comté*, *Revue médicale de Tokio* (Japon) ; lettre du ministre de l'Instruction publique faisant part de l'ouverture du prochain Congrès des Sociétés savantes (27 mars 1894).

Correspondance manuscrite : Lettre de M. Motet s'excusant de ne pouvoir assister au banquet.

Lettre de M. Richelot demandant l'honorariat. Renvoi à une commission composée de MM. Polaillon, Bouloumié et Dubuc, rapporteur.

Le Président. J'ai l'honneur d'annoncer à la Société que notre collègue Trousseau a reçu des mains du ministre de l'Intérieur, lors de l'inauguration récente des nouveaux bâtiments à l'hospice des Quinze-Vingts, la croix de la Légion d'honneur ; je crois être votre interprète à tous en adressant à M. Trousseau nos plus chaleureuses et nos plus sympathiques félicitations.

Le Secrétaire général. Notre sympathique président vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur ; les félicitations qu'il aurait dû s'adresser à lui-même, je les lui adresse au nom de la Société tout entière.

Du trauma dans l'insuffisance aortique. — M. Duroziez. (*Sera publié.*)

M. de Beauvais. Pourquoi l'expression de hernie ?

M. Duroziez. Ce sont des valvules forcées; il se passe en somme des phénomènes semblables à ceux que l'on rencontre dans les hernies inguinales.

Election. — M. Leblond est nommé membre honoraire à l'unanimité des votants.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 26 novembre 1893. — Présidence de M. Depasse.

Assistaient à la séance : MM. Boë, Brisson, Dauchez, Demoulin, Depasse, Genesteix, Luc, Machelard, Martin, Meugy, Natier, Pruvost, Roussel, Schwartz, Tison, Verchère, Weiss.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Dauchez offre à la Société, au nom de M. le Dr Petit, un livre de gynécologie qui a pour auteur MM. Petit et Stéphane Bonnet. Il fait le plus grand éloge de l'œuvre de nos confrères qui mérite que chacun la lise et la Société s'associe aux conclusions du rapport de M. Dauchez.

Des remerciements sont adressés à MM. Petit et Bonnet.

M. Dauchez rappelle que la bibliothèque de la Société se trouve en dépôt chez le secrétaire général; il demande s'il n'y aurait pas moyen d'avoir un local pour nos livres, local où on pourrait venir les consulter. Quelque membre de la Société n'aurait-il pas une proposition pratique à faire à ce sujet ?

M. Genesteix dit qu'il n'est nullement gêné pour garder les livres de la Société, la bibliothèque se composant d'une centaine de thèses.

Après échange d'observations entre les membres présents, la question d'un local spécial à la bibliothèque est renvoyée à une séance ultérieure.

M. Depasse présente M. le Dr Brisson, élu membre de la Société à la dernière séance. M. Brisson, remercie ses collègues en d'excellents termes.

M. Verchère remet à une autre réunion la communication qu'il devait faire sur la tuberculose du maxillaire supérieur.

M. Schwartz fait une très intéressante communication à la Société sur un cas de kyste du nerf radial.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, opéré il y a dix-huit mois par M. Schwartz, pour une petite tumeur de la grosseur d'une noix, occupant la région antéro-externe de la partie inférieure du bras, placée dans la gouttière séparant le biceps du brachial antérieur, très près de l'insertion supérieure du muscle long supinateur; tumeur sous-aponévrotique très peu mobile de haut en bas, très mobile au contraire dans le sens transversal.

Le malade éprouvait de temps en temps des crampes dans le pouce et l'index, faisant place à des fourmillements dans les mêmes doigts, rendant le tact difficile ; de temps en temps aussi, il y avait des élancements douloureux de la face dorsale de l'index et du pouce.

M. Schwartz pensa tout d'abord à une gomme musculaire, le malade disant qu'il croyait avoir eu autrefois la syphilis; il n'en présentait d'ailleurs aucune trace.

Mais en examinant la tumeur plus minutieusement il constata qu'en la pressant on déterminait une douleur vive s'irradiant à l'index et au pouce, que cette tumeur était rémittente.

Il n'y avait pas de phénomènes moteurs, pas de paralysie, pas d'anesthésie.

En présence de la douleur amenée par la pression de la tumeur, de l'immobilité de cette dernière dans le sens vertical, M. Schwartz pensa alors à une tumeur en rapport avec le nerf radial, à son émergence de la gouttière de torsion, et à cause des révélations du malade, à une tumeur d'origine syphilitique, à une gomme péri nerveuse.

Le traitement antisyphilitique fut institué. Il échoua.

Les symptômes précédemment énumérés persistant, M. Schwartz porta le diagnostic de névrome du nerf radial. L'opérateur, en faisant l'ablation, aurait pu se trouver en présence d'une tumeur le forçant à réséquer une partie du cordon nerveux, or, on sait, que malgré une bonne suture des deux bouts, une paralysie peut persister. Aussi M. Schwartz, réfléchissant à la consistance de la tumeur qui paraissait fluctuante, proposa-t-il au malade d'intervenir de la façon suivante.

Pas d'anesthésie chloroformique au début de l'opération, si la résection du nerf paraissait impossible à éviter le patient serait endormi.

Donc M. Schwartz incisa les parties molles jusqu'à la tumeur après les avoir anesthésiées par des injections de cocaïne dont il a toujours obtenu, soit dit en passant, les meilleurs résultats.

Rapidement la tumeur fut mise à nu, elle ressemblait à une boule d'eau transparente à la surface de laquelle couraient les filets du nerf radial. On eût dit d'un ballon dans son filet.

Il s'agissait en somme d'un névrome central kystique.

L'opérateur essaya d'extirper la poche de l'intérieur du nerf radial; mais les filets nerveux adhéraient intimement au kyste.

M. Schwartz se demanda un moment ce qu'il allait faire, car les névromes kystiques sont souvent des cysto-sarcomes ; il ouvrit la poche, elle n'avait point l'apparence sarcomateuse. Le liquide contenu ressemblait à celui d'une hydrocèle. Le kyste fut drainé et les parties molles suturées. Fait des plus intéressants, immédiatement après l'opération il y eut une paralysie complète du nerf radial. Cette paralysie ne dura que trois minutes environ.

Au bout de cinq minutes tout symptôme paralytique avait disparu. C'était un choc, un phénomène d'inhibition dû au traumatisme opératoire.

Malgré l'apparence de la poche, la nature du liquide qu'elle contenait, la récidive était à craindre et la résection d'une partie du nerf radial s'imposait pour plus tard, si elle avait lieu.

Le malade a été suivi depuis dix-huit mois. La guérison est complète, les suites opératoires ont été nulles, au bout de cinq ou six jours le drain était retiré.

Il faut cependant ajouter que deux mois après l'intervention la tumeur, quitout d'abord avait presque complètement disparu, avait repris un certain volume. Il ne s'agissait que d'une tuméfaction passagère ; il reste aujourd'hui à la place du kyste opéré un petit nodule résultant de la rétraction de la poche.

La science ne renferme que 4 ou 5 cas analogues à celui que l'orateur vient de rapporter.

Il est bien évident que s'il s'était agi d'un néoplasme, d'un cysto-sarcome, la récidive aurait eu lieu.

L'intérêt de l'observation réside :

1° Dans la nature de la tumeur;

2° Dans les phénomènes de paralysie passagère qui ont eu lieu après l'intervention.

M. Depasse remercie M. Schwartz de sa très intéressante communication, et les membres présents s'associent unanimement aux sentiments exprimés par leur président.

M. Roussel entretien la Société d'un procédé nouveau et personnel pour la préparation du catgut aseptique.

Il emploie le boyau de mouton et voici comment il procède :

1° Fendre, dégraisser et blanchir le boyau en ne conservant que les fibres longitudinales.

2° Immerger le boyau dans une solution aqueuse antiseptique.

3° Pour les manipulations qui suivent cette immersion, les mains du préparateur, les instruments et tous les objets qui sont susceptibles de toucher le boyau, doivent être rigoureusement aseptiques.

4° Filer le boyau par 1 ou 2 ou plusieurs liens suivant la grosseur à obtenir.

5° Polir le catgut obtenu avec de la ponce stérilisée à 150°, l'enrouler sur une bobine de verre flambée et le conserver dans une solution alcoolique antiseptique.

L'originalité du procédé consiste en ce que le dégraissage du boyau, au lieu d'être fait par l'éther ou l'alcool, est obtenu par la potasse.

M. Schwartz. Brunner, qui s'est beaucoup occupé de la désinfection du catgut, conseille le dégraissage dans l'éther pendant vingt-quatre à quarante-huit heures suivant son épaisseur, le fait séjourner pendant vingt-quatre heures dans une solution de sublimé à 1/1000, puis le conserve dans l'alcool absolu.

Pour notre part nous nous sommes servis et nous nous servons encore du catgut préparé par le dégraissage dans l'éther, non stérilisé par la chaleur qui l'altère presque toujours, quand il n'a pas été spécialement et complètement dégraissé; puis, antiseptisé par le sublimé à 1/1000, enfin conservé dans une solution aqueuse et alcoolique de naphtol β au 1/100 ou encore dans une solution de sublimé dans neuf parties d'eau pour une partie d'alcool. Quand le catgut est retiré du flacon qui le contient, il est plongé dans une solution phéniquée au 1/20 où il séjourne au moins pendant une vingtaine de minutes avant d'être employé.

Je demanderai à M. Roussel s'il a fait avec le catgut dégraissé par la potasse des cultures microbiennes.

M. Roussel. Oui, toujours les cultures ont été stériles.

Mon catgut a été employé dans plusieurs hôpitaux et n'a jamais déterminé l'apparition d'un foyer purulent.

M. Schwartz Le catgut préparé selon la méthode de Reverdin : stérilisation par la chaleur à l'étuve sèche pendant quatre heures à 140°, immersion pendant vingt-quatre heures dans l'huile de genièvre, conservation dans l'alcool absolu; au moment de l'emploi nouvelle immersion dans une solution phéniquée à 5 0/0, est excellent, il n'a jamais, dans mon service, donné lieu au moindre accident.

J'ajouterai un mot à propos de l'usage des fils de soie. Quelques précautions qu'on prenne, il y en aura toujours qui donneront naissance à la suppuration. Le mécanisme de cette suppuration s'explique par ce fait que la soie, même absolument aseptique, n'étant pas résorbable, constitue toujours, au sein des tissus où elle se trouve, un corps étranger qui, quelquefois, n'est pas toléré et peut, à un moment donné, devenir le centre du développement de cultures de microbes amenés par la voie circulatoire ou existant dans les points où elle a été placée.

M. Genesteix. Notre règlement porte que les séances de la Société doivent avoir lieu le dernier lundi de chaque mois, or, le dernier lundi du mois de décembre 1893, c'est la Noël. Il ne me semble guère possible que la Société se réunisse ce jour-là.

M. Depasse met la question aux voix. Il est décidé que la réunion de décembre 1893 aura lieu le lundi d'avant la Noël, soit le 18 décembre.

M. Genestreix, *secrétaire général*, rappelle encore que les statuts de la Société prescrivent que la date du banquet annuel doit être fixée à la séance de novembre. Il propose que le banquet ait lieu le troisième samedi du mois de janvier 1894.

M. Depasse soumet à l'appréciation des membres présents, la proposition de M. Geneisteix.

Elle est adoptée.

La séance est levée à 10 heures.

L'un des secrétaires annuels : L. Demoulin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier. Présidence de M. Lucas-Championnière.

Allocution de M. Lucas-Championnière qui prend place au fauteuil présidentiel.

Hernie crurale étranglée, compliquée de sphacèle de l'intestin, opérée par un procédé nouveau. — M. Piéchaud, au lieu de réséquer purement et simplement l'anse intestinale, répète l'opération qu'avait indiquée M. Martinet, de Sainte-Foy-la-Grande. Le principe sur lequel repose ce mode opératoire consiste à introduire en quelque sorte l'eschare dans l'intérieur de l'intestin, de façon à ce que, lors de son détachement, elle tombe dans l'intestin et soit éliminée sans amener de véritable ouverture de la paroi intestinale.

Après la réduction, M. Piéchaud fit la cure radicale. La malade guérit très rapidement.

Néphrolithotomie. — M. Tuffier Je vous présente un malade auquel j'avais pratiqué cette opération. C'est du même malade que je veux parler aujourd'hui et donner quelques détails à son sujet.

C'est un homme de 45 ans qui, depuis vingt ans, présentait des symptômes de coliques néphrétiques. Après une incision lombaire, je pus arriver sur le rein occupant le tiers supérieur de l'incision; je trouve une collision crépitante indiquant la présence de calculs multiples. Le rein fut amené dans l'incision, et je fis faire l'hémostase préventive par compression du hile (compression soit avec les doigts d'un aide soit avec une pince à mors de caoutchouc). Incision du bord, convexe du rein qui montre les calculs dans le bassinet dont deux longues cornes s'étendaient dans deux calices et au milieu de la substance rénale même. Le rein est suturé, ainsi que la plaie superficielle.

Le malade guérit en quelques jours.

L'hémostase préventive peut rendre, dans ces cas, les plus grands services et permet d'opérer pour ainsi dire à blanc. Elle permet d'abaisser la glande, de l'inciser, de l'explorer sans qu'il s'échappe du sang et par suite que celui-ci vienne troubler l'opérateur.

Pour extraire le calcul intrarénal, il est beaucoup plus sûr d'inciser le rein pour libérer le calcul que d'arracher le calcul et de craindre ainsi la dilacération du tissu rénal.

Trépanation pour balle de revolver. — M. Berger. M. Chupin, dans une de nos dernières séances, nous a rapporté un cas ayant trait à une plaie pénétrante. M. Gérard Marchant nous a dit qu'il était utile de faire la trépanation dans les cas où il existait des symptômes de dépression osseuse et de lésion cérébrale. Je peux citer trois faits où, après issue de matière cérébrale, la guérison est survenue cependant sans intervention. J'ajouterai n'avoir jamais vu un sujet avec plaie pénétante, étant sorti guéri sans accidents primitifs, avoir été atteint ultérieurement d'accidents consécutifs qui aient pu amener la mort. De là, pas de nécessité de rechercher et d'extraire le projectile s'il est intracranien.

Hystéropexie pour prolapsus utérin. — M. Le Dentu. Le 7 mars 1892, chez une femme atteinte de lésions complexes, j'ai eu pour des lésions des annexes l'occasion de faire une hystérectomie vaginale au cours de laquelle se produisit une fistule vésico-vaginale dont la cure ultérieure a retardé l'apparition de la cystocèle, mais n'a pas entravé l'apparition de la rectocèle.

Chez un deuxième malade ayant cystocèle, rectocèle et fibrome utérin, je pratiquai une hystérectomie. La malade eut à la suite quelques accidents de collapsus, suite de diarrhée et d'hémorrhagie pendant l'opération. Les suites ont été plus accentuées encore dans le mauvais sens. La cystocèle et la rectocèle paraissent plus marquées encore que chez la précédente.

Vers la même époque, chez deux malades atteintes d'allongement du col, de cystocèle et de rectocèle, chez lesquelles je n'ai fait que l'ablation sus-vaginale du col, j'ai obtenu des résultats tout à fait analogues à ceux que m'ont donnés les deux hystérectomies et ce ne sont que des opérations de moindre gravité.

M. Reynier. Je n'aurai ici en vue, que le prolapsus utérin vrai avec issue de l'utérus hors de la vulve, laissant de côté la cystocèle et la rectocèle.

A l'heure actuelle il y a deux opérations : chez les femmes jeunes, l'hystéropexie ; chez les femmes âgées, l'hystérectomie. Dans les deux cas il faut y ajouter la colpopérinéorrhaphie.

Les trois premières hystérectomies pour prolapsus ont été faites avec des ligatures. J'ai eu des hémorrhagies pendant l'opération et j'accepterai l'opinion émise de la friabilité et la vascularité exagérée des tissus prolabés. Le prolapsus utérin se rencontre surtout chez les variqueux.

Puis j'ai fait l'hystérectomie avec les pinces, et les résultats obtenus avec les pinces me paraissent plus complets que ceux donnés par les ligatures. Le fond du vagin paraît plus résistant, plus solide que dans les cas de ligatures.

Deux des malades me sont revenus avec cystocèle et rectocèle. A toutes deux je fis des colpopérinéorrhaphies qui firent cesser tout accident.

J'ai fait quatre hystéropexies. La première, six mois après, avait de la cystocèle. L'élythrorrhaphie et la colpoperinéorrhaphie firent disparaître ces accidents. Pour les deux autres je fis, dans une même séance, l'autoplastie vaginale et il n'y eut pas d'accident. Dans la deuxième il y eut un léger abaissement de l'utérus, mais comme la malade n'en ressentait aucun trouble, elle se refusa à toute intervention.

Le prolapsus utérin est dû à l'affaiblissement des moyens de soutien des muscles péri-utérins et surtout des fibres musculaires du releveur, ainsi que l'a merveilleusement montré Trélat. Dans les autopsies on constate cette disparition du releveur, c'est là la cause du prolapsus. Au-dessous du releveur se trouve le plan périnéal. Il peut être détruit sans entraîner l'affaissement du releveur, du moins un certain temps. Mais si la contractilité du releveur diminue, et que le périnée ait disparu, l'affaissement se fait rapidement. Aussi doit-on agir sur la partie supérieure du vagin, si l'on veut rendre au releveur et au périnée inférieur sa résistance et remédier au prolapsus.

Le prolapsus utérin dénote un trouble général de la tonicité musculaire. Il y a une sorte de ptose générale. Il y a souvent une véritable sénilité musculaire de cause centrale.

Il y a souvent aussi un trouble mental sur lequel on n'a pas souvent suffisamment insisté, et qui est un indice de la cause générale qui agit pour expliquer la faiblesse organique, d'où résulte le prolapsus.

Peut-être dans ces cas le massage utérin pourra-t-il être utile dans les cas de prolapsus, suite de distension exagérée après une grossesse, par exemple.

Névrome du radial. — Présentation de malade, par M Monod.

Volumineux lymphadénome du cou guéri par les injections interstitielles de chlorure de zinc à 1/10. — Présentation de malade, par M. A. Darier.

Résection du nerf maxillaire supérieur. — Présentation de malade, par M. Poirier.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE
ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 24 janvier 1894. — *Présidence de* M. Pinard.

Précautions prises pour le dessèchement du lac de Saint-Mandé. — M. le Dr Diverneresse.

Du pansement antiseptique du mamelon chez les nourrices. — M. le Dr Lepage. Le traitement prophylactique des crevasses du sein est à peu près complètement illusoire ; mais il n'en est pas de même du traitement prophylactique des abcès du sein. Les compresses imbibées d'une solution saturée d'acide borique donnent, à cet égard, toute garantie, quand les femmes veulent bien s'y soumettre d'une façon constante. M. Lepage s'est cependant mieux trouvé d'une solution plus antiseptique et ainsi composée :

Eau stérilisée.....	450 grammes.
Glycérine.....	500 —
Alcool.....	50 —
Biiodure de mercure.	0 gr. 10 à 0 gr. 20

Depuis que ce mode de pansement a été appliqué à la

salle Lachapelle de la maternité Baudelocque, la morbidité des nourrices a considérablement diminué, et en outre, comme le fait remarquer M. Pinard, la santé des enfants, s'est améliorée sans doute parce que les femmes souffrant moins et moins longtemps, donnaient beaucoup plus volontiers le sein.

Le blanchissage dans les hôpitaux. — M. KREMER.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement des verrues; par le professeur KAPOSI (*Allgemeine Wiener medic. Zeitung.* 1893, n° 9.) Lorsqu'on a affaire à des verrues discrètes, on peut les enlever avec la cuiller, mais on a une hémorragie assez abondante qu'on peut arrêter, soit par la compression avec un tampon d'ouate, soit au moyen d'une cautérisation de la surface saignante.

Quand les verrues existent en grand nombre, le procédé de la cuiller n'est plus applicable, en particulier à cause des nombreuses cicatrices qu'entraînerait ce mode de procéder. Dans ces cas, le mieux est de provoquer le ratatinement des excroissances à l'aide de l'acide nitrique fumant. La teinture de thuya est également un topique très efficace contre les verrues.

Dans le cas de condylomes, on peut saupoudrer les petites tumeurs avec de la résorcine ou de l'acide salicylique; on peut aussi les recouvrir d'un emplâtre contenant ces substances dans la proportion de 10 à 20 0/0.

Lorsque la figure est parsemée d'un très grand nombre de ces petites verrues qui apparaissent souvent tout d'un coup, M. Kaposi les fait recouvrir d'un morceau de flanelle enduit d'une couche de savon noir qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. L'enduit qui reste adhérent à la peau se détache peu à peu avec les verrues.

Un autre topique très efficace consiste en la mixture suivante :

Fleur de souffre.....	20	parties
Glycérine.....	50	—
Acide acétique concentré pur.....	10	—

M.

On badigeonne les verrues avec un pinceau trempé dans cette pâte. On continue les badigeonnages pendant plusieurs jours sans enlever les premières couches, et peu à peu on voit les excroissances se dessécher et finalement se détacher.

Contre les kératoses de la paume des mains et de la plante des pieds, les emplâtres à la résorcine et à l'acide salicylique se montrent également très efficaces.

Enfin, s'agit-il d'un nævus mollusciforme, il vaut mieux employer l'électrolyse. On enfonce dans la tumeur l'aiguille reliée au pôle positif, et l'on fait passer un courant de 1 à 2 milliampères pendant environ trente secondes. La même opération est répétée au bout de huit à quinze jours. Quand le nævus est très volumineux, il est préférable de recourir au galvanocautère.

Traitement du lupus érythémateux. — (E. GAUCHER). — Le traitement interne, devant s'adresser à la notion étiologique, sera analogue à celui qui est préconisé pour le lupus tuberculeux. On fera usage de l'huile de foie de morue, de l'arsenic, des iodures, des préparations ferrugineuses.

Le traitement local sera subordonné aux circonstances. En cas de poussées aiguës, les émollients et les cataplasmes seront indiqués. Les applications substitutives trouveront au contraire leur application en dehors des poussées inflammatoires. On pourra utiliser le savon noir ou les pommades irritantes, telles que la pommade à la résorcine ou l'acide pyrogallique au 1/10, à l'acide salicylique à 3 ou 5 0/0, au naphtol à 10 0/0, à l'ichtyol à 10 ou 20 0/0 ou encore les badigeonnages répétés de teinture d'iode seule, la solution iodique iodurée de Hardy, le mélange d'acide acétique cristallisable et de teinture d'iode, l'acide acétique pur, l'acide lactique pur et dilué. Dans l'intervalle des applications irritantes, on prescrira la pommade à l'acide borique ou à l'oxyde de zinc.

En cas d'insuffisance de la médication substitutive, on emploiera les scarifications, comme dans le lupus tuberculeux, mais rarement la cautérisation ignée, excepté dans les cas de lupus localisés avec infiltration profonde de la peau.

NOUVELLES

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Dimanche a été promulgé un décret modifiant l'organisation, la composition et le fonctionnement du Conseil supérieur de l'Assistance publique, institué depuis cinq années au ministère de l'intérieur.

Le décret réduit dans une certaine mesure le nombre des membres qui, dans l'ancienne organisation, était trop élevé; le rapport qui précède le décret constate, d'ailleurs, que certains d'entre eux se sont trouvés empêchés par leurs occupations de prendre aux délibérations de l'assemblée une part effective. Il en est qui n'ont jamais répondu aux convocations qui leur étaient adressées ; d'autres qui n'y ont répondu que rarement.

D'après le nouveau décret, le Conseil supérieur de l'Assistance publique est désormais composé de 60 membres, savoir : 14 membres de droit et 46 membres nommés par décret.

Sont membres de droit du Conseil : 1° le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques ; 2° le directeur de l'administration départementale et communale ; 3° le directeur de l'administration pénitentiaire ; 4° le directeur du service de santé au ministère de la guerre ; 5° le directeur du service de santé au ministère de la marine ; 6° le président du Comité consultatif d'hygiène publique de France ; 7° le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; 8° les inspecteurs généraux de l'Assistance publique ; 9° le directeur de l'Assistance publique de Paris ; 10° le directeur du Mont-de-Piété de Paris.

Les membres nommés par décret comprennent 6 sénateurs, 12 députés, 28 personnes désignées soit par les fonc-

tions administratives ou électives qu'elles remplissent, soit par leur compétence spéciale.

La partie du Conseil composée de membres nommés par décret est renouvelée par moitié tous les deux ans. Les membres sortants peuvent être l'objet d'un nouvelle nomination.

Tout membre nommé en remplacement d'un autre ne demeure en fonctions que pendant la durée du mandat confié à son prédécesseur.

Les membres du Parlement ne sont nommés que pour la durée de la législature pendant laquelle ils ont été investis.

Les membres nommés par décret cessent de faire partie du Conseil lorsqu'il perdent la qualité en raison de laquelle ils ont été désignés.

Un membre nommé par décret qui, sans excuse ou sans motif légitime, aurait manqué à trois convocations successives, peut être déclaré démissionnaire par le ministre de l'intérieur.

Les séries sortantes sont désignées par la voie du tirage au sort dans les formes et les conditions déterminées par le ministre de l'intérieur.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique tient chaque année deux sessions ordinaires dont la date est fixée par le ministre de l'intérieur.

Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu sur la convocation du ministre de l'intérieur.

Le ministre de l'intérieur est président d'honneur du Conseil supérieur de l'assistance publique.

Le Conseil élit dans son sein un président et deux vice-présidents.

Le ministre de l'intérieur nomme le secrétaire général, qui peut être choisi en dehors des membres du Conseil.

Ajoutons qu'en exécution de ce décret le Conseil supérieur de l'Assistance publique est convoqué en session ordinaire pour le 31 janvier 1894.

En outre, est nommé secrétaire général du Conseil supérieur M. Désiré Giraud, sous-chef de bureau au ministère de l'intérieur, précédemment secrétaire général adjoint dudit Conseil.

Membres de droit. — MM. Henri Monod, conseiller d'État, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques ; Mastier, directeur de l'Administration départementale et communale ; Duflos, directeur de l'Administration pénitentiaire ; Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la Guerre ; Dr Lucas, directeur du service de santé au ministère de la Marine ; Dr Brouardel, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France ; Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; Dr Drouineau, inspecteur général de l'Assistance publique ; Lefort, inspecteur général de l'Assistance publique ; Dr Napias, inspecteur général de l'Assistance publique ; Dr Regnard, inspecteur général de l'Assistance publique ; Sabatier, inspecteur général de l'Assistance publique ; Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris ; Duval, directeur du Mont-de-Piété de Paris.

Membres nommés par décret. — MM. Dr Goujon, sénateur (renouvelé en 1891) ; Emile Labiche, sénateur (renouvelé en 1891) ; Dr Théophile Roussel, sénateur (renouvelé en 1891) ; Jules Simon, sénateur (renouvelé en 1891) ; Tolain, sénateur (sortant en avril 1894) ; Em. Arène, député (sortant en avril 1894) ; Aynard, député (sortant en avril 1894) ; Léon Bourgeois, député (sortant en avril 1894) ; Charles Roux, député (sortant en avril 1894) ; Dr Chautemps, député (sortant en avril 1894) ; Dr Labrousse, député (renouvelé en 1891) ; Lafont, député (renouvelé en 1891) ; Lebon, député (sortant en avril 1894) ; Maruéjouls, député (sortant en avril 1894) ; Reinach, député (sortant en avril 1894) ; Siegfried, député (sortant en avril 1894) ; Trélat, député (renouvelé en 1891) ; Boucard, chef de Cabinet du ministre de l'Agriculture (sortant en avril 1894) ; Dr Bourneville, médecin des hôpitaux (renouvelé en 1891) ; Dr Marcel Briand, médecin en chef de l'Asile de Villejuif (sortant en avril 1894) ; Loys Brueyre, ancien chef de division à la Préfecture de la Seine (sortant en avril 1894) ; Dr Caubet, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse (renouvelé en 1891) ; Dr Cazelles, conseiller d'État (sortant en avril 1894) ; Cheysson, inspecteur général des Ponts et Chaussées (renouvelé en 1891) ; de Crisenoy, ancien directeur au ministère de l'Intérieur (sortant en avril 1894) ; Cros Mayrevieille, administrateur des hospices à Narbonne (sortant en avril 1894) ; Deroisin, conseiller général de Seine-et-Oise (renouvelé en 1891) ; Dr Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux (renouvelé en 1891) ; Dr Gailleton, maire de Lyon (renouvelé en 1891) ; Gaufrès, président de l'Orphelinat de la Seine (sortant en avril 1894) ; Dr Gibert, du Havre (sortant en avril 1894) ; Dr Hameau, d'Arcachon (sortant en avril 1894) ; Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure (sortant en avril 1894) ; Dr Henrot, maire de Reims (sortant en avril 1894) ; Dr Lardier, de Rambervilliers (renouvelé en 1891) ; Dr Magnan, médecin en chef de Sainte-Anne (renouvelé en 1891) ; Mamoz, directeur de l'Assistance par le travail (sortant en avril 1894) ; Marbeau, président de la Société des crèches (sortant en avril 1894) ; Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de Paris (sortant en avril 1894) ; Dr Millard, médecin des hôpitaux (sortant en avril 1894) ; Dr Mireur, ex-adjoint au maire de Marseille (sortant en avril 1894) ; Dr Olivier, vice-président de la commission administrative des hospices de Lille (sortant en avril 1894) ; Dr Rochard, inspecteur général honoraire des services de santé de la Marine (sortant en avril 1894) ; Ernest Rousselle, conseiller municipal de Paris (sortant en avril 1894) ; Sabran, président du Conseil général d'Administration des hospices de Lyon (sortant en avril 1894) ; Paul Strauss, conseiller municipal de Paris (renouvelé en 1891) ; Dr Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris (renouvelé en 1891) ; Félix Voisin, vice-président du Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique de Paris.

Secrétaire général. — M. Désiré Giraud, sous-chef de bureau au ministère de l'Intérieur.

Secrétaires. — MM. Dr Broquère, contrôleur du service des enfants assistés de la Seine ; Campagnole, docteur en droit, rédacteur au ministère de l'Intérieur ; Dr Chevalleau, médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts ; Dr Faivre, attaché au ministère de l'Intérieur, secrétaire du Comité supérieur des enfants du premier âge ; Roger Lagrange, docteur en droit, auditeur au Conseil d'Etat ; Dr Legrain, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard ; Léon Périer, docteur en droit, rédacteur au ministère de l'Intérieur ; Rondel, docteur en droit, rédacteur au ministère de l'Intérieur ;

Archiviste-bibliothécaire. — M. Henri Lannes.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Isch-Wall, Guay, Phocas, Legrand, Vigneron, Hélary, Radiguet, Héan, Hamaide, Saunal, Renault, Delbecq, Loisel, Bougan, Royer, Paturet, Chanson, Sarrouy, Dailliez, Vanpeteghem, Didier, Le Coquil, Wartel, Luez, Patoir, Gaye, Lherbier, Stavaux, Blaire, Bernard, Delezenne, Bué, Fiévet, Becue.

Infirmerie de Saint-Lazare. — Concours pour 6 emplois d'internes et 6 emplois d'internes provisoires. — Les candidats qui désireront prendre part au concours du 15 février prochain se feront inscrire à la préfecture de police (service du personnel — caserne de la Cité.)

Le registre d'inscription sera ouvert le 18 janvier à 10 heures du matin et sera clos définitivement le 8 février à 4 heures ;

Les candidats qui seront admis à concourir recevront avant le 15 février avis de la décision les concernant ;

Tout candidat devra :

1° Justifier de la qualité de français ;

2° Être âgé de moins de 28 ans ;

3° Être pourvu d'au moins 12 inscriptions prises dans une Faculté de l'État ;

4° N'être pas reçu docteur en médecine.

Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, une pièce établissant sa situation au point de vue militaire, l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Aussitôt la clôture de la liste d'admission, il sera donné communication de la liste des membres du jury aux candidats admis qui en feront la demande.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devront être signalés à l'administration en vue de la modification de ce jury.

Le concours consistera :

1° En une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour laquelle il sera donné deux heures Ce sujet sera choisi, par tirage au sort, entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes.

2° En une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Pour l'épreuve écrite, la note maxima sera de 30 points ; elle sera de 20 points pour l'épreuve orale.

Société médicale du VIe arrondissement. — *Bureau pour l'année* 1894. — Président : Dr Dauchez ; — Vice-présidents Drs Verchère et Després ; — Secrétaire général : Dr Genesteix ; — Secrétaires annuels : Drs Boé et G. Bernard ; — Trésorier : Dr Machelard.

Société d'hydrologie médicale. — Bureau pour 1894, M. Bouloumié, président ; MM. Royer et Albert Robin, vice-présidents ; M. Leudet, secrétaire général.

Nouveaux journaux. — La *Revue mensuelle de stomatologie*, publiée sous la direction de M. le Dr Magitot.

Le buste de Diday. — Le *Lyon médical* prend l'initiative d'une souscription dans le but d'élever un buste à la mémoire du Dr Diday. Ce buste serait placé à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon.

Club médical vélocipédique. — L'Assemblée générale annuelle du Club médical vélocipédique a eu lieu le lundi 22 janvier. Le bureau est ainsi constitué pour l'année 1894 : président, Dr Bilhaut ; secrétaire, Dr Henri Petit ; trésorier, M. Derbecq.

Le taux de la cautisation annuelle a été fixé à 6 francs. Les nouveaux adhérents verseront, en outre, un droit d'entrée de 4 francs.

Des promenades d'hiver, des exercices d'entraînement au vélodrome de Levallois, seront organisés incessamment.

Nécrologie. — Le Dr Chapelon, de Toulouse. — Le Dr Cazaban, de Lamarque (Basses-Pyrénées), reçu en 1874. — Le Dr Delucq, de Cauneille (Landes), reçu en 1847. — Le Dr Descubes, d'Oradour-sur-Vayres (Haute-Vienne), reçu en 1881. — Le Dr Gérard (de Beauvais), reçu en 1875. — Le Dr Murraté, des Hermites (Indre-et-Loire), reçu en 1880. — Le Dr Schweich, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Paris, reçu en 1869. — Le Dr Thénot, de Mâcon, décédé à l'âge de 53 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Microzymas et microbes. — M. Béchamp. Par la reproduction de quatre communications académiques, il porte devant le grand public des faits anciens encore ignorés ou volontairement défigurés et méconnus, faits dont la connaissance importe à l'intelligence d'une théorie qui est en train de révolutionner les dogmes médicaux. Pour les initiés, le rapprochement des microzymas, qui ont précédé, des microbes, qui ont suivi, est une indication suffisante de l'objet du livre. — Si, pour défendre sa théorie du microzyma, M. Béchamp est obligé de combattre le système microbien, c'est sans prévention injuste, comme sans animosité personnelle, mais avec décision et avec une logique inexorable pour les faux dogmes. Ce que ce livre repousse et combat, comme une stérile et dangereuse chimère, c'est le principe même qui est à la base des doctrines microbiennes. Ce principe place hors de nous la cause de nos maladies, dans des microbes dont les germes invisibles et insaisissables, supposés pathogènes, existeraient dans l'air ambiant depuis l'origine des choses ; principe dangereux en ce qu'il nous rend irresponsable de nos maladies.

L'Année médicale (1892). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr Bourneville. — Paris, bureau du *Progrès médical* et L. Bataille et Cie éditeurs, 1893.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhées.**

GOUDRON FRESSINGE. — Une cuillerée à café par verre de boisson, aux repas, contre *catarrhes* et *bronchites chroniques, maladies des voies urinaires, épidémies.*

NUTRITION DES ENFANTS. — Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*